

CORIOAMNIOTITIS SUBCLÍNICA EN LAS AMENAZAS DEL PARTO PREMATURO

* Melania del C. Vilchez M. ** Hector J. Rey García

PALABRAS CLAVES: Corioamniotitis Subclínica. Parto prematuro. Cultivo de líquido amniótico.

RESUMEN

El presente estudio se realizó con la "finalidad de determinar la incidencia de Corioamniotitis subclínicas en las amenazas de parto prematuro en todas las pacientes que acudieron al Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital "Antonio María Pineda" de Barquisimeto, con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, en el lapso Agosto 1995 a Enero de 1996. La información se obtuvo a través de una amniocentesis a las pacientes seleccionadas y cultivo del líquido amniótico en medios para aeróbios, microaeróbios y anaeróbios. Se estudiaron un total de 38 pacientes, de las cuales 10 (26,3%) resultaron positivos, 7 (70%) fueron aerobios, mientras que 3 (30%) se identificaron como anaerobios. Entre los aerobios encontramos: Staphylococcus Aureus (30%), Hemofilus Influenza (10%), Corinebacterium Sp (10%), el Peptoestreptococcus (30%). El grupo etario predominante se ubicó entre los 16-20 años y la edad gestacional más frecuente correspondió al grupo ubicado entre 33-36 semanas. La mayoría de las pacientes fueron multíparas (63,1%) y solteras (78,9%).

INCIDENCE OF SUBCLINICAL CORIOAMNIOTITIS IN PATIENTS WITH PRETERM LABOR

KEY WORDS: Subclinical Corioamniotitis. Preterm Birth. Amniotic Fluid Culture.

SUMMARY

The main aim of this study was to determine the incidence of sub clinical corioamniotitis in all patients with preterm labor admitted in Obstetrics & Gynecology Department University Hospital "Antonio María Pineda", Barquisimeto-Venezuela. August 1995 to January 1996. Amniotic fluid was obtained by amniocentesis and cultured seeking for aerobios, microaerobics and anaerobics bacterias. 38 patients were studied and 10 of them had positive cultures (26.3%). Of those, 7 were aerobic bacterias and 3 (30%) were anaerobics. Amid the aerobic bacterias were found: staphylococcus aureus (30%), haemophylus influenzae (10%), Corinebacterium sp. (10%), enterobacter aerogenes (10%), enterococcus (10%). Among anaerobics, peptostreptococcus was found in 30%. Prevailing group was at range of 16-20 years, and gestational age was 33-36 weeks. Most of patients had many previous births (63.2%) and was unmarried (78.9%)

* Residente de tercer año del Postgrado de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda". UCLA. Barquisimeto - Venezuela.

** Profesor Agregado de la UCLA. jefe del Servicio del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda". Barquisimeto. Estado Lara.

INTRODUCCIÓN

Una de las complicaciones del embarazo, es la amenaza de parto prematuro, y en un número importante de casos es difícil precisar su etiología, a pesar de los estudios paraclínicos sugeridos para tal entidad.

En el pasado la corioamniotitis subclínica se encontraba dentro del grupo de las causas menos frecuentes de amenaza de parto prematuro. Mayor importancia se le asignaba a causas mejor estudiadas como la infección urinaria, entre otras; pero a través de los años la mencionada entidad ha ido ascendiendo y cobrando mayor importancia como factor etiológico en esta entidad.

Si consideramos que la prematuridad representa una de las causas de morbilidad perinatal, es fácil comprender la importancia de un diagnóstico preciso y en el menor tiempo posible, de manera que brinde a las pacientes y sus hijos el mejor pronóstico de vida.

El diagnóstico de Corioamniotitis es difícil por la falta de especificidad de sus signos y síntomas, dependiendo de una predisposición a descubrirla, un alto índice de sospecha y finalmente la confirmación adecuada.

En la actualidad se plantea el estudio del líquido amniótico para identificarla, ya que este muestra directamente el estado de medio intrauterino en el cual reside el feto.

Se considera la corioamniotitis como la contaminación por microorganismos (bacterias, hongos y/o virus) de la membrana ovulares (corión, amnios) y líquido amniótico que cubren el producto de la concepción.

La infección fetal puede producirse por paso trasplacentario desde el torrente vascular, por infección ascendente desde el cuello, por infección descendente siguiendo las trompas de

Falopio o directamente por infección de la pared uterina.

Estudios bacteriológicos demuestran que los microorganismos más frecuentes reportados en los cultivos de líquido amniótico son: E. Coli, Proteus, Streptococcus aerobios y anae-robios, Estafilococcus blanco, dorado, Clostridium Perfringens y Bacteriología, la clínica y la anatomía patológica, puesto que numerosos investigadores han encontrado con frecuencia cultivos positivos en pacientes sin ninguna clínica y sin datos microscópicos de infección. Gibbs (1) relacionó el parto prematuro con la infección subclínica a través del cultivo del líquido amniótico en donde encontró 30% de positivos.

Romero (2), realizó en 90 mujeres cultivos de líquido amniótico a través de amniocentesis durante el trabajo de parto espontáneo y sin indicios de infección y se encontró que en 17 pacientes (18,8%) los cultivos fueron positivos para Ureaplasma Urealyticum, Streptococcus y Micoplasma Hominis.

El diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la infección intraamniótica disminuye los efectos perjudiciales desencadenados por la amenaza de parto prematuro para el neonato y la madre.

En el presente trabajo se indagó sobre la presencia de microorganismos en el líquido amniótico como causa de amenaza de parto prematuro, para así determinar su incidencia y tratarla en el momento oportuno y evitar complicaciones.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se estudiaron un total de 38 pacientes ingresadas en las maternidades del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda" entre Agosto 95 a Enero 96; reunían las siguientes características:

- Edad gestacional comprendida entre 21 y 36 semanas.
- No presentar enfermedad infecciosa.
- Perfil hematológico y uroanálisis normal.
- Estudio ecosonográfico.
- Membrana amniótica íntegra.
- No haber recibido antibiótico tres meses antes.

Cada una de las pacientes seleccionadas se trasladaron al Servicio de Estudios Especiales del Departamento de Obstetricia y Ginecología, del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda" de Barquisimeto, en donde se les realizó amniocentesis, extrayendo 5cc de líquido amniótico. Se selló la punta de la aguja con tapón de goma estéril, luego fue trasladada la muestra a temperatura ambiente al Laboratorio de Microbiología del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda"; en donde se procedió a realizar tinción de gram y siembra en medios de cultivos aerobios, anaerobios y microaerófilos.

Como medio de cultivo para aerobios se usó el Agar Sangre preparado, con base enriquecida y una concentración al 5% de sangre, Agar Chocolate preparado con la misma base enriquecida, Agar Mac. Conkey y el Agar Salado Manitol. Como medio líquido se usó el Tioglicolato. Los medios de cultivo se incubaron a 35°C. en ambiente aeróbico y placa de Agar Chocolate en atmósfera de CO₂.

Los medios de cultivos fueron considerados como negativos al no obtenerse desarrollo bacteriano después de tres días de incubados y el Tioglicolato se consideró negativo después de siete días incubados.

Para el cultivo de anaerobios usamos el medio de Wilkins-Chalgren Anerobe Agar (Oxoid-Sr 108B). Como sistema anaeróbico se utilizó la jarra Anaeróbica de Gas Pak, usando generador de hidrógeno y anhídrido carbónico. Los sobres Oxoid (BR38). Al obtener desarrollo bacteriano aeróbico, microaerófilo o anaeróbico, se

estudiaron las colonias y se identificó el germen por las pruebas bioquímicas-serológicas convencionales y estudio de sensibilidad según las normas internacionales de la NCCLS (National Commite for Clinical Laboratory Standards).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se demostró Corioamniotitis subclínica en 10 casos (26,3%) de las 38 pacientes seleccionadas a través del cultivo del líquido amniótico (Cuadro 1), datos que se correlacionan con los hallazgos descritos por Gibbs (1) aunque discrepan con los reportados por Charife (3) en nuestro hospital.

CUADRO 1

RESULTADOS DE LOS CULTIVOS

CULTIVOS	No. DE CASOS	PORCENTAJES
Positivos	10	26.3
Negativos	28	73.7
TOTAL	38	100.0

Probablemente porque esta investigación se realizó en embarazos a término y en nuestro estudio partimos de una entidad patológica como lo es la amenaza de parto prematuro. De los cultivos positivos de nuestra investigación, 7 (70%) fueron aerobios, mientras que 3 (30%) fueron anaerobios (Cuadro 2).

CUADRO 2

MICROORGANISMOS AISLADOS

TIPO DE MICROORGANISMOS	No. DE CASOS	PORCENTAJES
<u>Aerobios</u>		
Enterobacter Aerogenes	1	10.0
Hemophilus Influenza	1	10.0
Corynebacterium sp	1	10.0
Staphylococcus	3	30.0
Enterococo	1	10.0
<u>Anaerobios Estrictos</u>		
Peptostreptococcus	3	30.0
TOTAL	10	100.0

Entre los aerobios encontramos: Stafilococcus Aureus (30%), Hemofilus Influenza (10%),

Corinobacterium Sp (10%), Enterobacter

Aerogenes (10%), Enterococo (10%); entre los anerobios, el Peptoestreptococcus (30%).

Romero (2) reporta cultivos positivos en los que el germen aislado fue el *Stafilococcus Aureus*, pero difiere con los gérmenes. Ben (4), en sus investigaciones menciona un caso de corioamniotitis y parto prematuro con membranas íntegras en donde el agente causal fue el *Stafilococcus Aureus*. Por otra parte, Shute y Kimber (5) escriben el *Hemofilus Influenza* como el agente etiológico en un caso de infección intrauterina con embarazos pretérmino.

Por lo antes expuesto podemos inferir que existe semejanza en los microorganismos aislados en nuestra investigación y lo escrito en la literatura revisada.

El grupo etario más afectado estuvo comprendido entre los 16 y 20 años de edad (36,8%) y el (68,4%) entre los 16 y 25 años, datos que se justifican cuando consideramos que éstos son los grupos etarios más susceptibles de embarazo. En relación a la edad gestacional, ésta estuvo entre las 33 y 36 semanas (50%).

En el grupo estudiado 30 pacientes fueron solteras, dato que quizás no tenga importancia, ya que la mayoría de las pacientes que acuden a nuestro hospital pertenecen a éste grupo.

En cuanto al número de embarazos se destacaron las múltiparas con 63,1%.

Un hallazgo que llamó la atención fue la relación entre la presencia de secreción vaginal en todas las pacientes que presentaron cultivos positivos, aspecto que coincide con lo de Gibbs (1) lo que podríamos interpretar considerando que uno de los mecanismos por los cuales ocurre la conoamniotitis es la vía ascendente desde el cuello uterino.

Eschenbach (6) asocia vaginosis bacteriana con el desarrollo de Corioamniotitis en embarazada, endometritis post-parto y celulitis posthisterectomía.

En dos casos el líquido amniótico tenía aspecto cetrino y los cultivos resultaron positivos.

Romero (2) menciona la prevalencia de cultivos positivos de líquido amniótico en pacientes con tinción meconial de aquellos con líquido claro. Aunque no se relacionó el mismo aspecto quizás, las características macroscópicas del líquido tengan implicación en la predicción de cultivos positivos, pero deberían realizarse más estudios al respecto.

La unción de Gram resultó positiva en todas las pacientes con cultivo positivo, hallazgo que se correlaciona con los descritos por Markovith (7), (Cuadros 3 y 4).

CUADRO 3

TIPOS DE BACTERIAS AISLADAS

BACTERIA IDENTIFICADA	GRAM	No. DE CASOS
Bacilos	Positivo	1
	Negativo	1
Cocos	Positivo	8
	Negativo	
Coco-Bacilos	Positivo	
	Negativo	1
TOTAL		11

CUADRO 4

CORRELACIÓN ENTRE EL GRAM Y EL CULTIVO

RESULTADOS	GRAM	CULTIVOS
Positivos	11	10
Negativos	27	28
TOTAL	38	38

Romero (2) describe una alta especificidad con el Gram (97,6%), dato que se asemeja a lo presentado en nuestro estudio.

Esto estudio reafirma la necesidad de realizar cultivos y Gram de líquido amniótico a aquellas pacientes en las cuales no se precisa la etiología de la amenaza de parto prematuro con métodos convencionales de manera de tener un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gibbs, R; Romero, R; Miller, S; Eschenbach, D; R. Weet; S.: A Review of premature birth and subclinical Gynecology. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 166(5): 1515-1528. 1992.
2. Romero R., Nores, J., Mazor. T.: Infection and labor VII Microbia invasion of the amniotic cavity in spontaneous rupture of membranes at term. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 166 (5): 1515- 1528. 1992.
3. González de Mendoza, M.: Microorganismos aislados en líquido amniótico y secreción vaginal mediante cultivo. Trabajo de grado para especialista en Obstetricia y Ginecología. Escuela de Medicina. UCLA. 1989.
4. Ben Dávid; Hallk, M.; Evans, M.; Abramovici, H.: Amnionitis and premature delivery with intact amniotic membranes involving staphylococcus Aureus. A case report. J. Reprod. Med. 40 (6): 485-486. 1995.
5. Shute K.; Kimber, R.: Haemophilus Influenzae intra-amniotic infection with intact membranes. Am Board Fam Pract. 7(4): 335-341. 1994.
6. Eschenbach, D.: Bacterial vaginosis and anaerobics in Obstetric-Gynecology infection. J. Clin Infect Diseas. 16 Suppl 4:282-287. 1993.
7. Markovith, O.; Mazor, M. I. Shoham, W. Chaim, J. Lieberman, M. Glezerman. Meconium stained amniotic fluid is asociated with maternal infections morbidity in preterm delivery. Act Obstetrics Ginecology. 2(7):538-542. 1993.